



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI
CURSO DE ENFERMAGEM

**CUIDADO REALIZADO POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA A PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO**

Tainá Franzon

Lajeado, novembro de 2018

Tainá Franzon

CUIDADO REALIZADO POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem, da Universidade do Vale do Taquari - Univates, como parte da exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms.Eliane Lavall

Lajeado, novembro de 2018

RESUMO

Os índices de suicídio vêm aumentando gradativamente nos últimos anos, ocorrendo aproximadamente, uma morte a cada 40 segundos no mundo. Percebe-se a necessidade de intervenção em rede para que ocorra a precoce identificação de vítimas em vulnerabilidade, bem como ações preventivas e tratamento precoce. O objetivo deste estudo foi caracterizar o cuidado realizado por duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) a pacientes com risco de suicídio em um município localizado no interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duas equipes de ESF atuantes no município em questão. Os resultados da pesquisa demonstram que o trabalho realizado pelas equipes de ESF na atenção básica vem sendo positivo a medida que está sendo observada a diminuição nos índices de suicídio no município. Conclui-se que o cuidado realizado em equipe, o trabalho multiprofissional, o envolvimento dos profissionais da ESF com pacientes em risco de suicídio, suas famílias e a comunidade em geral é uma forma eficaz de prevenção ao suicídio e aos danos ocasionados por ele.

Palavras-chave: Comportamento suicida. Equipe profissional. Atenção Básica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE A - MODELO DE QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO	37
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	38

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), relata um aumento nos últimos, 45 anos, de 60% no índice de suicídios em todo o mundo. Este número representa a terceira maior causa de morte entre jovens e adultos, totalizando uma morte a cada 40 segundos em toda população mundial. As consequências destes suicídios são refletidas também nos familiares, com graves consequências psicológicas e sociais (WHO, 2008).

Botega (2014) classifica o Brasil entre os 10 países que mais registram casos de suicídio, representando um número subestimado de 24 casos ocorridos diariamente em todo território nacional, apresentando a região sul com as maiores taxas de suicídios.

No Rio Grande do Sul, observou-se ainda nos últimos anos um aumento significativo nas taxas de suicídio, se comparado às taxas de morte por causas violentas, por exemplo. Somente no ano de 2009, os índices aumentaram em torno de 7,8% para toda a população (DATASUS, 2017).

O Vale do Taquari vem sendo apresentado como uma região com altos índices de suicídio no Rio Grande do Sul (RS). O Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2018) alerta para o município de Forquethina, localizado no Vale do Taquari como o município com maior representatividade de óbitos por suicídio em todo território nacional, com um índice de 78,7 casos a cada 100 mil habitantes, seguido por Travesseiro, com 55,8 a cada 100 mil, e André da Rocha, com 52,4 a cada 100 mil, esses índices altos podem ser explicados pelo viés populacional, visto que estas cidades possuem poucos habitantes.

Botega (2015) refere que o ato do suicídio é visto como uma forma não aceitável de morte pela família e pela sociedade como um todo, visto que envolve o preconceito com a morte, o não entendimento de por que foi cometido o ato, o

julgamento da sociedade sobre o paciente que cometeu o suicídio, e sobre sua família por de fato não ter conseguido evitar o ocorrido.

O suicídio é um fenômeno complexo ocasionado por várias causas e que afeta de forma geral tanto familiares quanto comunidade; envolve profissionais da área da saúde, que, de modo geral, apresentam dificuldades na abordagem e identificação de possíveis casos, principalmente no que compete à atenção básica. Neste sentido, evidencia-se a necessidade de intervenção em rede para que ocorra identificação precoce de pessoas em risco, bem como ações de intervenção, como o acolhimento. É necessário que os profissionais da equipe, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tenham um olhar voltado para a identificação de pessoas em possível risco na atenção primária e realizem medidas preventivas e intervenção precoce no caso de risco.

Durante minha trajetória acadêmica e as vivências na área da saúde pública enquanto ACS, por um período de quatro anos presenciei a ocorrência de tentativas de suicídio. Percebi grande dificuldade da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) em lidar com situações de comportamento suicida, principalmente a frustração da mesma diante dos suicídios ocorridos.

Além disso, percebi que não é prioridade desenvolver ações de prevenção ao suicídio na ESF, e a atenção primária ainda se apresenta fortemente voltada ao trabalho curativo. Assim, se faz necessário reforçar a ideia de construir um cuidado voltado para a criação de vínculo e construção da relação de confiança entre usuários dos serviços e profissionais, possibilitando que as pessoas tenham um local para recorrer nos momentos de sofrimento psíquico, principalmente quando envolve comportamento suicida.

Entendemos que as intervenções conjuntas das equipes de saúde da família, enfermeiros, ACS, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, podem proporcionar medidas para diminuição dos índices; entretanto, na maioria das vezes as equipes não se percebem preparadas para lidar com situações de risco de suicídio.

Minayo (2010) acredita que existam estratégias facilitadoras na identificação de pacientes com ideação suicida, bem como ações preventivas e precoces que possam ser desenvolvidas em rede para que se evite o aumento gradativo no índice de suicídio prevalente na região.

Diante o exposto, surge a seguinte questão: quais os desafios e dificuldades que a equipe da ESF apresenta para lidar com pacientes em situações de risco de suicídio? Quais as estratégias desenvolvidas e utilizadas pela equipe para identificar possíveis casos de suicídio?

Com este estudo, esperamos evidenciar como as equipes das ESF lidam com situações que envolvem comportamento suicida, suas dificuldades, bem como as estratégias de cuidado e ações de prevenção utilizadas aos pacientes em risco, visando contribuir para uma sensibilização das equipes a respeito do tema.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar o cuidado realizado por duas equipes de ESF a pacientes com risco de suicídio em um município localizado no interior do RS.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer como é realizada a avaliação do risco de suicídio pelas equipes das ESF.
- Entender as dificuldades das equipes no cuidado a pacientes com risco de suicídio;
- Identificar ações desenvolvidas pelas equipes das ESF a pacientes com risco de suicídio;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Caracterização do Suicídio e do Comportamento Suicida

O suicídio se caracteriza como fenômeno complexo e um problema de saúde pública; envolve múltiplas causas e fatores predisponentes que afetam, além das vítimas, os sobreviventes. Atinge também os profissionais de saúde que lidam direta e indiretamente com este problema (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

É um ato que ocorre desde os primórdios da sociedade e ainda se torna um fenômeno complexo com várias interpretações, seja das equipes de saúde, da família da vítima, e da sociedade como um todo (VABO et al., 2016).

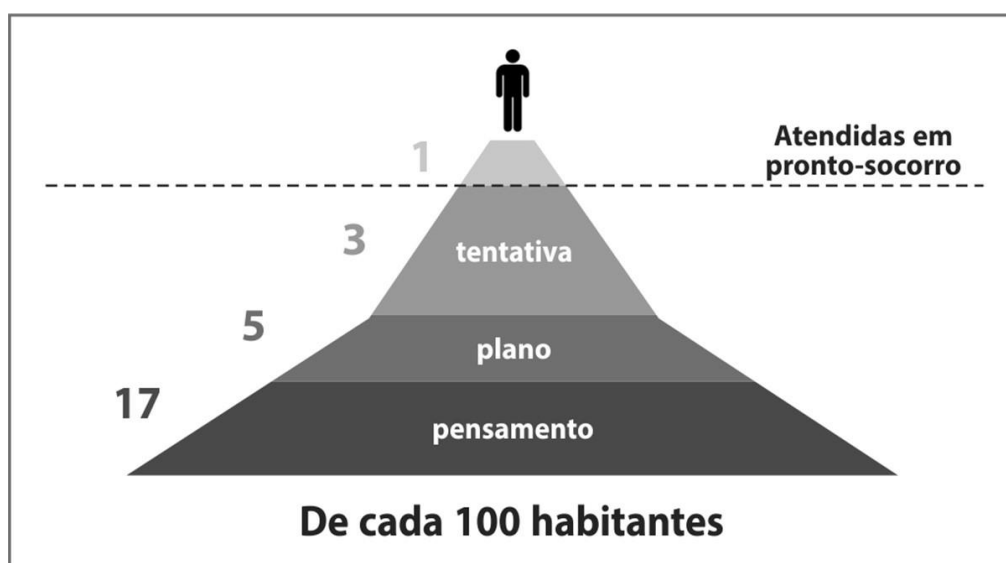
Para Marcolan (2013) o suicídio é caracterizado quando o indivíduo em sofrimento psíquico autoprovoça a sua própria morte tendo a consciência de que vai morrer ao praticar o ato, e terminando assim com seu sofrimento psíquico. Assim, identifica-se que um indivíduo que comete um ato de suicídio executa um planejamento prévio da forma com que vai executar sua ação e esta terá de ser eficaz em seu objetivo de morrer.

O fenômeno suicídio está dentro do que chamamos de comportamento suicida, num contínuo que envolve ideação, tentativa e o ato consumado. A ideação constitui a fase em que o indivíduo está pensando e planejando sua morte. Já a tentativa se caracteriza por executar planos e estratégias para tentar a morte, e o ato pode ser citado como o suicídio realizado (BASTOS, 2009).

A ideação e a tentativa de suicídio devem ser encaradas como sinais de alarme, visto que de 15% a 25% dos pacientes com tentativa prévia, cometem nova tentativa no período de um ano. Destes, 10% conseguem consumir o ato (BOTEGA et al., 2005). Tendo em vista esta colocação, se faz necessário que seja identificado

precocemente pelas equipes de saúde, para que se elabore um plano terapêutico a este usuário, e que a equipe esteja atenta aos sinais apresentados diante disto.

Segundo Botega et al. (2005), de cada 100 habitantes, 17 apresentam ideação suicida ao longo da vida, sendo que, destes, 3 chegam a realizar tentativas; entretanto, apenas uma chega a ser atendida nos serviços de pronto-socorro (Figura 1). Diante disso, surge um questionamento importante: com relação às demais, o que acontece? Por onde circulam e quais as consequências para suas vidas?



Fonte: Botega et al. (2005).

Figura 1.

Botega et al. (2005) exemplificam que nos grupos apresentados na Figura 1, os que mais apresentam risco são as pessoas que já tentaram o suicídio, representando uma porcentagem de três a cada cem pessoas. Destas 3 que tentaram, apenas uma pessoa chega ao pronto-socorro, onde recebe o primeiro atendimento. Consequentemente essa pessoa deveria ser encaminhada ao serviço de saúde mental, para um acompanhamento especializado, ação que geralmente não acontece por falta de comunicação entre os profissionais de cada serviço, e falta de uma rede de apoio que seja referência de tratamento para este paciente.

Em relação ao cuidado na atenção básica, entende-se que comportamento suicida exerce grande confronto com o instinto de sobrevivência inerente aos profissionais com formação na área da saúde, desta forma, é de difícil entendimento para as ESF compreender a ideação, o planejamento e a execução do ato suicida da própria morte (ABREU et al., 2010).

Sendo a atenção básica a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), e o modelo de saúde que mais se aproxima da realidade de vida dos indivíduos, permite além da formação do vínculo e da relação de confiança entre profissionais e usuários, uma visão integral da vida do sujeito e seu contexto, podendo facilitar a identificação do comportamento suicida (VABO et al., 2016).

Assim, buscou-se, por meio deste estudo, identificar como as equipes de ESF vem lidando com as pessoas com comportamento suicida e os riscos envolvidos, bem como as estratégias e formas de prevenção que vem sendo desenvolvidas e executadas para diminuição dos danos e agravos consequentes do risco de suicídio.

2.2 Vulnerabilidade, fatores de risco, prevenção

O suicídio não possui uma causa única e isolada, é atribuído a este ato a expressão final de um processo de crise vivido pelo paciente. Antes de cometer o ato o suicida mostra sinais e procura ajuda para aliviar seu sofrimento. As percepções deste processo e a capacitação para lidar com ele caracterizam um desfecho favorável (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde têm papel fundamental na identificação de pacientes vulneráveis, pois diante a tentativa de suicídio a maioria dos pacientes chegam a estes serviços com possíveis lesões por tentarem cometer o ato. Cabe aos profissionais que atuam nestes serviços identificar estes pacientes e articular uma rede de apoio que possa auxiliar e formular um plano terapêutico a este paciente (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Alguns fatores de vulnerabilidade, como doenças graves, isolamento social, ansiedade, luto, uso abusivo de álcool e drogas, depressão, entre outros, associados aos meios de cometer suicídio, podem interagir e contribuir quando existe sofrimento intenso (SILVA et al., 2006).

Bertolote, Mellos e Botega (2010) citam em seu artigo que um transtorno mental é um grande fator de risco a levar ao suicídio com uma porcentagem de 90% a 98% de influência nos suicídios ocorridos. O transtorno de humor, em especial um quadro depressivo, representa o maior fator de execução de suicídio entre os pacientes portadores destes diagnósticos. Na Figura 2, os principais transtornos mentais apresentados por pacientes que cometeram suicídio.

Tabela 2 - Diagnósticos encontrados em pacientes suicidas pela ordem de frequência

Transtornos do humor	30,2%
Transtornos por uso de substância (álcool)	17,6%
Esquizofrenia	14,1%
Transtornos da personalidade	13%
Transtornos mentais orgânicos	6,3%
Transtornos de ansiedade/somatoformes	4,8%
Outros transtornos psicóticos	4,1%
Transtornos de ajustamento	2,3%
Todos os demais diagnósticos	5,5%
Sem diagnóstico	2%

Figura 2.

Algumas situações merecem atenção especial quando lidamos com situações de risco de suicídio, como compreender a complexidade do fenômeno, identificar as situações de vulnerabilidade, articular uma rede de vigilância, controle e prevenção (VABO et al., 2016).

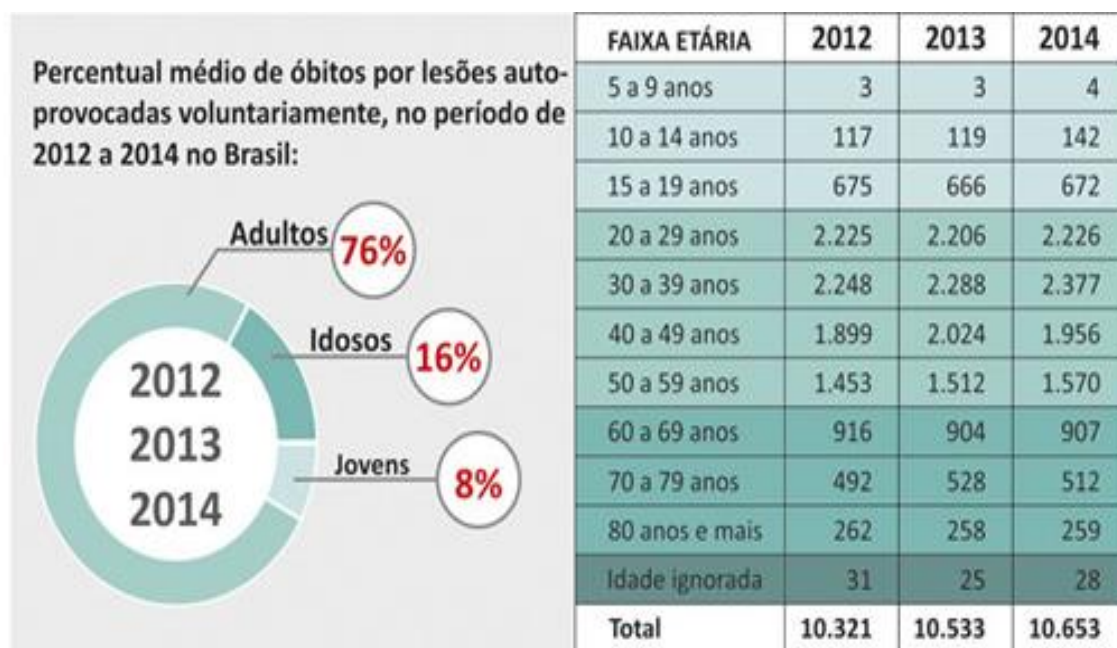
Surgem, desta forma, algumas medidas preventivas ao suicídio que podem ser elencadas principalmente como a identificação dos fatores de risco e o suprimento das necessidades básicas ao ser humano identificadas, também, por Abraham Maslow como necessidades fisiológicas, de segurança, de relacionamento, de estima e de realização pessoal; necessidades, estas, que se defasadas podem gerar grande sofrimento psíquico expressado muitas vezes na forma de lesões autoprovocadas (BERTOLOTE; MELLOS; BOTEGA, 2010).

As lesões autoprovocadas se associam como fator de risco ao suicídio à medida que pacientes que provocam lesões a si próprios com o intuito de praticar o suicídio e não conseguem executá-las de forma completa, apresentam grandes chances de vir a cometer novas lesões para conseguir concretizar o ato (BRASIL, 2014).

As lesões autoprovocadas devem ser vistas como importante e crescente problema de saúde pública, visto que sinalizam um mal-estar e um sofrimento psíquico acentuado dos pacientes em questão, o sentimento de impossibilidade vivenciado. A falta de alternativas para os problemas faz com que os índices de lesões autoprovocadas aumentem entre os pacientes da saúde mental (MINAYO, 2010).

As principais causas de morte por lesões autoprovocadas são em 57,6% dos casos por envenenamento e intoxicação, 6,5% por objetos perfurocortantes, e 5,8% em casos por enforcamento. De acordo com o Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, as mulheres são as mais prevalentes nas tentativas, com uma porcentagem de 68,7%, enquanto os homens apresentam uma proporção de reincidência de 26,4% (BRASIL, 2014).

Na Figura 3, a representação do percentual médio por lesões autoprovocadas voluntariamente, no período de 2012 a 2014 no Brasil (BRASIL, 2014).



Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIMbr

Figura 3.

Os maiores índices de suicídio por lesões autoprovocadas encontram-se na população adulta, caracterizada pela faixa etária de 20 a 59 anos, representando uma porcentagem de 76% nos óbitos nacionais, e com aumento considerável nos anos analisados de 2012 a 2014 (BRASIL, 2014).

Os idosos caracterizados pela faixa etária acima de 60 anos encontram-se no segundo grupo com maior índice de suicídio, devido a lesões autoprovocadas representando 16% dos índices de suicídio nacionais. O grupo considerado jovem de 5 a 19 anos caracteriza uma porcentagem de 8% nos índices de suicídio nacionais (BRASIL, 2014).

Os fatores de risco que levam ao suicídio por meio de lesões autoprovocadas em idosos nesta idade estão relacionados a solidão, perda de vínculos, aos maus

tratos e o abandono, situações estas cada vez mais presentes na sociedade atual e globalizada em que vivemos (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

A cada suicídio ocorrido cerca de cinco a dez pessoas são afetadas direta ou indiretamente, entre os principais estão a família e os amigos, que são afetados de forma social, emocional e economicamente, estes indivíduos chamados sobreviventes são significativamente impactados com suicídio ocorrido (WHO, 2008).

Desta forma entende-se como necessária a ação precoce dos profissionais de saúde para identificação de pacientes em sofrimento psíquico e que estejam provocando- se lesões com intuito de cometer o suicídio, para uma possível intervenção a tempo de se evitar o ato.

2.3 Caracterização das Equipes de Saúde da Família ESF

O MS criou ainda em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de descaracterizar o modelo hospitalocêntrico, prevalente na época. O programa sofreu alterações e passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF) (SOUSA, 2000).

Pinto et al. (2012), citam que na consolidação do SUS, as estratégias de ESF se tornaram a inversão do modelo assistencial e curativo, se voltando, assim, ao trabalho de prevenção de doenças, ao controle de agravos e a promoção de saúde.

Com a criação das ESF, surge uma nova perspectiva, baseado na mudança da forma de atenção básica à saúde, estruturada e voltada para promoção e prevenção da saúde, em prol das famílias, de suas áreas de abrangência em seus diferentes contextos (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004).

Neste modelo surge como formulação de ESF a composição de, no mínimo, um (1) médico generalista, um (1) enfermeiro, um (1) auxiliar de enfermagem e quatro (4) a seis (6) ACS (BRASIL, 2002).

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional que trabalha essencialmente com definição de território de abrangência, adscrição de pacientes e usuários, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Entende-se, desta forma, que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada no SUS (ESCORELI et al., 2007).

Assim, compreende-se que as equipes de saúde da família busquem constantemente a criação de vínculo e o conhecimento de sua população em questão.

Espera-se que pacientes em estado psíquico alterado e com ideação suicida sejam identificados pela equipe antes de cometer o ato do suicídio propriamente dito.

Para Pinto et al. (2012) os cuidados realizados no cotidiano das equipes de ESF ainda se mostram fortemente voltados a medidas prescritivas, procedimentos de controle e intervenções programáticas do processo saúde-doença, sendo que tais práticas incorporam ainda uma resistência para o atendimento de pessoas com problemas psíquicos.

Com a reforma psiquiátrica instituída pelo SUS, a integralidade está voltada para a promoção da saúde como principal elemento para reorganização no modelo de atenção à saúde, fazendo com que os profissionais de saúde se deparem com situações voltadas à saúde mental, nas quais, na maioria das vezes, não estão capacitados (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

É importante que se construam políticas públicas que possibilitam que os profissionais da saúde reflitam sobre sua maneira de cuidar, prestando cuidados em saúde na Atenção Básica, voltados ao cuidado integral, incluindo ações de saúde mental e o desenvolvimento de estratégias mais eficientes no tratamento ao comportamento suicida, que vão além do tratamento medicamentoso (ESCORELI et al., 2007).

Na abordagem interdisciplinar de atendimento ao paciente suicida com intervenções e trabalho em equipe, a comunicação e a articulação de técnicas e a soma dos saberes das diversas profissões colaboram de forma a um olhar mais integral em torno do paciente para que seja garantida a prevenção da vida (ABREU et al., 2010).

Acredita-se que as intervenções conjuntas em equipe e uma atuação qualificada de todos os profissionais envolvidos na rede, e atuantes na saúde mental, pode ser uma forma eficiente de diminuir o risco de suicídio e de ideação suicida cada vez mais crescentes em nossa atualidade.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No presente capítulo, será apresentada a metodologia utilizada para a realização desta pesquisa. Segundo Minayo (2010), a metodologia é definida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ela inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador.

Para Leopardi (2002), a metodologia é como a arte de dirigir o espírito através do estudo de métodos, técnicas e procedimentos, na investigação da verdade, possibilitando o alcance dos objetivos. Ela não é igual para todos os processos de investigação, ela deve se adequar ao problema a ser investigado, às hipóteses levantadas e ao tipo da população pesquisada.

3.1 Tipo de pesquisa

Quanto ao modo de abordagem, o estudo foi do tipo descritivo, e classifica-se como uma pesquisa qualitativa. Gil (2008) classifica o estudo do tipo descritivo como aquele em que não pode haver influência do pesquisador, pois visa à identificação do registro e análises das características do entrevistado. Após a coleta de dados é realizada uma observação sistemática com o estabelecimento de relações entre as variáveis.

A pesquisa descritiva busca descrever as características de uma determinada população ou algum fenômeno e visa estabelecer relações entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas, como a coleta de dados e questionário para a observação da sistemática (CHEMIN, 2015).

Conforme Goldim (2000), a pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva, tendo como características fundamentais: a importância dada ao ambiente e ao papel

desempenhado pelo pesquisador. A descrição dos fenômenos observados está repleta de significados, que, relacionados com o ambiente onde ocorrem e a participação do pesquisador, assumem conotações diversas, realizadas com base em dados qualitativos.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em um município na região oeste do Estado do Rio Grande do Sul, distante cerca de 150 quilômetros de Porto Alegre. Ocupa uma área de 243 km², com 6.073 habitantes, formada por várias etnias, em especial as de origem italiana, alemã e açoriana (IBGE, 2010). A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, que integra duas ESF.

A escolha pela ESF se justifica pela necessidade de potencializar e elencar as ações de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica, na assistência prestada aos usuários do serviço, possibilitando sensibilização da equipe e ampliação da visão dos profissionais sobre a importância das ações de saúde mental a serem desenvolvidas nesse serviço.

3.3 Sujeitos do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais de duas ESF localizadas na unidade básica de saúde do município em questão, entre eles, os enfermeiros (2), ACS (9), médicos (2) e técnicos de enfermagem (2).

Os critérios de inclusão foram:

- Ser integrante de uma das duas equipes de ESF;
- Estar residindo no município onde foi realizado o estudo;
- Estar atuando na ESF há mais de 60 dias;

Os critérios de exclusão foram:

- Não ter condições de discorrer sobre o assunto em estudo;
- Não ter disponibilidade de participar do estudo.

3.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, com perguntas abertas. Nesse tipo de entrevista, o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, semelhante ao de uma conversa informal. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (MINAYO, 2010).

Quanto aos passos da coleta, inicialmente foi solicitada assinatura da carta de anuência pelo secretário municipal de saúde. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Vale do Taquari - Univates, para avaliação. Após aprovação do projeto, foi realizado contato com as coordenações das ESF para agendar apresentação do mesmo pela pesquisadora às equipes. Em seguida foram agendadas as entrevistas com integrantes das equipes conforme disponibilidade de data e horário, em sala reservada na UBS.

No momento da coleta foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para ser assinado em duas vias, sendo que uma via ficou com o entrevistado e a outra com o entrevistador. A entrevista só foi iniciada após assinatura.

Após concluída, a pesquisa foi apresentada para os participantes, sendo combinado previamente um horário com as equipes das duas ESF e o Secretário Municipal de Saúde. O instrumento de pesquisa foi construído pela pesquisadora com questões norteadoras (APÊNDICE A).

3.5 Análise de dados

As informações coletadas foram analisadas de forma qualitativa conforme análise temática de Minayo (2010).

A análise temática comporta três etapas:

- Pré-análise: leitura exaustiva das entrevistas, envolve contato incessante com o material coletado, organização de material em função do tema escolhido e que tenha conexão da temática;

- **Categorização:** classificação do material para se chegar ao núcleo do assunto, ou seja, reduzir o texto em frases, acontecimentos, dando foco no assunto que o pesquisador procura, realizando a junção dos dados coletados;
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** validar as informações obtidas após ler todas as temáticas importantes, o pesquisador conclui e interpreta de acordo com o objetivo do tema escolhido, fazendo uma conexão com a teoria proposta.

3.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para o COEP da Univates para apreciação e posterior aprovação, seguindo as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após aprovação do COEP, foram agendadas as entrevistas, que somente foram realizadas mediante assinatura prévia do TCLE pelo participante. Garantiu-se o sigilo dos participantes. Utilizou-se letras seguidas de números para caracterizar os participantes do estudo, preservando, assim, sua identidade (Exemplo: E1, E2...).

Como benefício, esperava-se poder contribuir para sensibilização das equipes acerca do tema, a fim de gerar discussão e desenvolvimento de políticas públicas municipais voltadas a prevenção do suicídio e preparação das equipes de ESF acerca do fenômeno do suicídio, principalmente quanto à prevenção. Os riscos foram mínimos, apenas os relacionados ao possível desconforto do tempo dispensado para responder a entrevista. Para tanto, o profissional teve a liberdade de desistir a qualquer momento, em caso de desconforto. Além disso, as entrevistas foram realizadas em menor tempo possível, aproximadamente 30 minutos.

Conforme Resolução CNS nº 466/2012, as entrevistas serão guardadas em local seguro por um período de cinco anos e, logo após, serão destruídas pelo pesquisador.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo será apresentada a análise e discussão dos dados, cujo objetivo foi identificar a percepção dos profissionais que atuam nas equipes de ESF, acerca do cuidado realizado a pacientes com risco de suicídio, cujas categorias resultantes foram as seguintes:

- Ações realizadas pela equipe de ESF para pacientes com risco de suicídio;
- Dificuldades da equipe de ESF no cuidado de pacientes com risco de suicídio;
- Manejo da equipe de ESF a pacientes que apresentam comportamento suicida;
- Avaliação da equipe de ESF acerca do cuidado realizado aos pacientes com risco de suicídio.

4.1 Ações realizadas pela equipe de ESF para pacientes com risco de suicídio

Neste capítulo serão apresentadas as ações que as equipes realizam em prol de pacientes com risco de suicídio dentro de suas áreas de abrangência. Foram encontradas as seguintes ações: acompanhamento mais próximo a pacientes em situação de risco de suicídio; visitas domiciliares; atendimento individual; atendimento grupal.

Em relação ao acompanhamento mais próximo dos pacientes que apresentam risco de suicídio a equipe relata:

“(...) nos disponibilizamos a acompanhar mais de perto o paciente, e disponibilizamos os meios que ele possa nos procurar se precisar (...)”.

“(...) o ACS faz um acompanhamento mais de perto nas famílias em que há indivíduos com risco de suicídio (...)”.

“(...) avaliamos a real necessidade de encaminhamento para psiquiatria, e em equipe realizamos um acompanhamento mais intenso deste paciente (...)”.

“Acompanhamos os casos mais graves em reuniões semanais de equipe (...)”.

Para Abreu et al., as equipes de ESF possuem maior facilidade de aproximação dos pacientes, proporcionando maior vínculo e um acolhimento mais eficaz aos casos de saúde mental das suas áreas de abrangência, realizando, assim ações de intervenção ao risco de suicídio mais rapidamente.

Este contato mais próximo das equipes de ESF permite, também, que os profissionais conheçam seus pacientes e suas demandas, facilitando, assim, o atendimento que deve ser prestado.

É de suma importância que as equipes de ESF estejam apoiadas por equipes matriciais neste município composta por assistentes sociais e psicólogos vinculados ao CRAS que ofereçam ajuda na discussão dos casos de risco de suicídio, e na tomada de decisão acerca das ações que serão desenvolvidas, favorecendo a criação de uma rede de cuidado aos pacientes.

Se faz necessário que todos os membros da equipe de ESF compartilhem a responsabilidade sobre os pacientes, para que todos tenham conhecimento de seus casos críticos e as tomadas de decisões pensadas.

Entende-se que o trabalho realizado em equipe na Atenção Básica favorece o acompanhamento mais próximo dos ACS, as visitas domiciliares de enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, médico, representando um maior envolvimento do caso e aproximação, permitindo que pacientes em risco de suicídio sejam acompanhados precocemente, evitando assim um possível dano a vida.

Outra ação de extrema importância desenvolvida pelas equipes de ESF em questão são as visitas domiciliares realizadas pelos diferentes membros e profissionais da equipe. Foram citados:

“(...) o ACS realiza visitas domiciliares com mais frequência a pacientes com risco de suicídio (...)”.

“(...) o ACS faz visitas domiciliares e leva a situação do paciente até a sua respectiva equipe (...)”.

“(...) as ACS levam a até o restante da equipe que há possível paciente com risco de cometer suicídio, enfermeiro, técnico de enfermagem e psicólogo fazem uma nova visita domiciliar para realizar uma avaliação mais crítica do caso (...)”.

“(...) realizamos visitas periódicas e sempre que necessárias aos pacientes que estão em sofrimento psíquico, sempre que possível com presença também de

psicólogo e médico (...)”.

“(...) como equipe de ESF, realizamos visitas domiciliares a pacientes com comportamento suicida e sempre que possível em equipe multiprofissional para que se tenha uma visão mais ampla do caso (...)”.

“(...) buscamos o paciente em visita domiciliar, compreendemos seu risco de suicídio oferecemos ajuda e orientamos os familiares acerca dos cuidados de vigilância que devem ser tomados com este paciente (...)”.

“(...) realizamos visita domiciliar a este paciente, avaliamos junto com ele e a família a real situação ... e nos colocamos a disposição para ajudar na melhora do paciente (...)”.

As ações desenvolvidas pelos ACS nas UBS e durante as visitas domiciliares se classificam como grande elemento na identificação de pacientes com comportamento suicida, pois são estes profissionais que estão diariamente nas comunidades e nas famílias propiciando um maior conhecimento de seus pacientes e suas vulnerabilidades; ainda, são estes os maiores responsáveis por acompanhar a adesão ao tratamento por estes pacientes e sua respectiva evolução (KOHLRAUSCH; LIMA; ABREU, 2008).

As equipes de ESF geralmente possuem um bom vínculo nas comunidades, o que, na maioria das vezes, possibilita a visualização de fatores de risco para o suicídio. Os enfermeiros consideram os ACS como os maiores identificadores de comportamento suicida e de fatores de vulnerabilidade ao suicídio, dado a sua proximidade na comunidade (ABREU et al., 2010).

Entre as atribuições dos demais membros da equipe na visita domiciliar ao paciente com risco de suicídio estão elencadas a escuta, o acolhimento, a conversa com os familiares, o agendamento de consultas médicas, o acompanhamento no uso da medicação prescrita, a orientação em manter o paciente sempre acompanhado, buscar estratégias para socialização deste paciente, e promover educação em saúde mental nas comunidades com intuito de desmistificar a doença mental (KOHLRAUSCH; LIMA; ABREU, 2008).

O processo de formação do enfermeiro no cuidado direciona sua prática para além das técnicas, resgatando sua essência, a fim de realizar um cuidado diferenciado, comprometido e, principalmente, restabelecendo formas saudáveis de viver a quem já não tem expectativas de vida (WAIDMAN et al., 2009).

Assim, a visita domiciliar do enfermeiro e dos demais profissionais, formando um cuidado multiprofissional, faz parte das atribuições de enfermagem e das equipes de ESF, oferecendo ao indivíduo em ideação suicida um cuidado mais qualificado e especializado.

De acordo com as falas dos entrevistados se percebe a visita domiciliar da equipe de ESF de muita importância na prevenção de casos de suicídio; o enfermeiro como líder desta equipe se destaca como principal coordenador junto com os outros membros na organização das visitas e no acompanhamento periódico dos pacientes que estão em risco.

Outra ação realizada com pacientes com comportamento suicida e que apresentam risco eminente de suicídio é possibilitar uma internação psiquiátrica. Foram citadas:

“(...) a equipe procura um familiar deste paciente com maior entendimento da situação e expõe sobre o risco que o paciente está correndo, explica sobre os cuidados que devem ser tomados e explica sobre a necessidade de acompanhamento psiquiátrico ou internação (...).”

“(...) discutimos com psicólogos e familiares a necessidade de internação psiquiátrica diante aos riscos que o paciente apresenta (...).”

“(...) orientamos o paciente e os familiares sobre os tipos de internação, expomos que esta pode ocorrer voluntariamente ou não (...).”

“(...) após a avaliação psiquiátrica se o paciente não tiver uma internação continuamos com visitas domiciliares em equipe (...).”

Muitas vezes há situações clínicas em que a internação se faz necessária, podendo ser até mesmo a única decisão a ser tomada para os casos mais graves. A internação psiquiátrica se constitui quando foram esgotados todos os recursos extra hospitalares para o tratamento ou manejo do problema vivenciado pelo paciente. Para uma internação psiquiátrica devem ser considerados casos graves em que há presença de transtorno mental com no mínimo uma das seguintes condições: risco de autoagressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social, incapacidade grave de autocuidado (BRASIL, 2002).

Entretanto, há alguns grupos que questionam as internações psiquiátricas, principalmente no que tange ao modo com que muitas vezes é realizada, pois pode colocar em risco a defesa acerca da desinstitucionalização da assistência. Se por um

lado se quer tratar e proteger este paciente, por outro se acaba privando-o de sua liberdade e cidadania (CARDOSO; GALERA, 2011).

A internação psiquiátrica a pacientes que apresentam risco eminente de vida se faz necessária à medida que os profissionais estão avaliando a real necessidade deste paciente e prestam esta ajuda e atendimento, evitando um dano maior e uma omissão de socorro a vida.

Ainda foi elencado como ação realizada pela equipe a pacientes com risco de suicídio o atendimento individual prestado a estes pacientes, evidenciando que a escuta neste momento de sofrimento psíquico é de extrema importância no desfecho do caso.

“(...) oferecemos atendimento psicológico e médico, nos disponibilizamos a realizar a escuta do paciente, (...) além de disponibilizarmos agendamento de avaliação com psiquiatra (...).”

“(...) oferecemos atendimento de psicoterapia com acompanhamento semanal se necessário (...).”

“(...) quando necessário encaminhamos o paciente para avaliação com médico psiquiatra o mais breve possível, ou até mesmo para internação psiquiátrica (...).”

“(...) expomos os métodos de tratamento, o acompanhamento de psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico, internação psiquiátrica, e nos colocamos a disposição para ajudar o paciente (...).”

O atendimento individual possibilita um cuidado e atenção mais individualizada para cada paciente. De uma forma geral, o cuidado pode ser considerado parte das necessidades humana básicas para a sobrevivência da vida humana, tanto o cuidar de si, quanto o cuidar do outro e o ser cuidado. Deve ser visto como o ideal ético de saúde, no sentido de proteger, promover e preservar, ajudando o outro a encontrar sentido na doença, no sofrimento e na dor, muitas vezes não palpáveis ou visíveis a olhares desatentos (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2012).

Entende-se que o atendimento individual realizado a cada paciente, em cada situação específica, contribui para um cuidado mais humanizado, empático em relação ao paciente e família, onde a escuta deverá se tornar um dos elementos fundamentais. Deve ser realizado em articulação com os demais profissionais do serviço e com a rede de cuidados municipal.

Questionar e realizar a escuta é uma atribuição não só do psicólogo, mas de

todos os membros da equipe de ESF, e permite saber mais sobre a ideação do paciente em comportamento suicida, não garantindo que se tenha informações precisas, completas e verdadeiras, nem mesmo a garantia de que o ato não vai ser realizado, mas na maioria das vezes este questionamentos proporcionam ao paciente uma sensação de alívio e a libertação de alguns sentimentos presos. Assim, a boa escuta mostrará uma manifestação de apoio dos profissionais, bem como em oferecer ajuda especializada a estes pacientes (WIENER; OXFORD, 2003).

A orientação, a escuta do paciente e o apoio aos familiares têm se mostrado essenciais, pois favorecem a compreensão da situação vivida pelo paciente e por sua família, e contribui para a adesão ao tratamento. Além disso, a ESF tem revelado o conhecimento e reconhecimento dos familiares quanto as exigências e acompanhamento de uma assistência em saúde mental que passou a ser construída a partir da vinculação com a ESF, ressaltando que esse modo de atuação traz resultados concretos para a vida das pessoas (OLSCHOWSKY et al., 2015).

Além disso, atividades em grupo como as oficinas terapêuticas, foram citadas pela equipe pesquisada como ação desenvolvida em prol da saúde mental nas ESF estudadas, possibilitando interação e um convívio grupal dos pacientes com doença mental e ideação suicida. Entre as falas estão:

“(...) oferecemos grupos terapêuticos, onde são disponibilizadas oficinas de interação entre os pacientes e a equipe (...)”.

“(...) expomos aos pacientes as oficinas terapêuticas que disponibilizamos para grupos de saúde mental (...)”.

“(...) explicamos sobre o grupo de saúde mental, que se reúne semanalmente com a equipe de ESF e realiza atividades de interação entre si (...)”.

As oficinas terapêuticas em saúde mental surgem com o intuito de permitir que o paciente com comportamento suicida estabeleça laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os demais membros do grupo, com a equipe e com a comunidade como um todo, favorecendo, assim, mais um meio de tratamento e acompanhamento a saúde mental (MENDONÇA, 2005).

Assim, a importância de todos os trabalhadores em saúde mental se faz necessária na oferta de ações específicas voltadas para a prevenção do suicídio, quanto na possibilidade de medidas de cuidado de acordo com as demandas apresentadas pelos usuários dos serviços. A elaboração de propostas e estratégias

com o intuito de melhorar a qualidade de vida de indivíduos que estão em sofrimento psíquico, evitando que este sofrimento leve a cometer o ato (OLIVEIRA; IGNACIO; NETO, 2017).

Para Furlan e Campos (2010), o grupo contribui no tratamento e acompanhamento dos usuários ao proporcionar um espaço de acolhimento das diversas formas de viver e de apoio para os participantes aprenderem a lidar com o seu adoecimento.

Assim, os grupos de saúde mental proporcionam ao paciente uma maior criação de vínculo com a equipe, e aos profissionais um maior entendimento sobre seu paciente, além de proporcionar um tratamento não medicamentoso muito importante na melhora do paciente e na sua integração a sociedade.

4.2 Dificuldades da equipe de ESF no cuidado de pacientes com risco de suicídio.

Neste capítulo serão apresentadas as dificuldades das equipes de ESF pesquisadas em relação ao cuidado de pacientes com risco de suicídio. Percebe-se que o trabalho em saúde mental nas ESF ainda se apresenta prematuro, em fase de desenvolvimento. A partir da análise das entrevistas, foram identificadas como dificuldades: má adesão do paciente; falta de apoio da família; dificuldades no deslocamento para realização da visita domiciliar.

Em relação a má adesão os profissionais evidenciam que a dificuldade se dá principalmente devido a não aceitação da doença e o próprio tratamento:

“(...) o difícil acompanhamento da situação, pois os pacientes não aceitam bem o tratamento assistido mais de perto (...)”.

“(...) muitas vezes o paciente não adere ao tratamento (...)”.

“(...) o paciente não admite que está precisando de ajuda e não aceita o tratamento(...)”.

“... pouca adesão dos pacientes ao tratamento proposto (...)”.

A adesão da pessoa com doença mental ao tratamento, principalmente medicamentoso, é baixa na maioria dos casos. Há situações em que a não adesão a medicação chega a cerca de 50% das pessoas e é responsável por inúmeros

prejuízos no processo de melhora, além de ser a principal causa de levar ao suicídio ou de promover internações psiquiátricas frequentes (CARDOSO; GALERA, 2009).

O comportamento de não aderir ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complexo e universal. Nos tratamentos psiquiátricos a não adesão se desenvolve gradualmente e está relacionada ao agravamento das doenças, a um maior tempo de tratamento, maiores custos e maior risco de que o paciente evolua para o suicídio (DAVIS; CHEN; GLICK, 2003).

A OMS (WHO, 2008) entende que a não aceitação da doença mental, a descrença quanto a efetividade do tratamento, o julgamento pela família e pela comunidade e a ocorrência de efeitos colaterais pelo uso da medicação dificultam a adesão dos pacientes ao tratamento proposto.

A dificuldade de o paciente admitir que está doente e está necessitando de um tratamento e acompanhamento é evidenciada nas falas dos profissionais, o tabu do “louco” ainda está muito evidenciado em nossa sociedade e faz com que os pacientes com doença mental se tornem resistentes ao tratamento para não serem caracterizados como tal.

Além disso, foi apresentado como dificuldade vivenciada no dia a dia pelas equipes de ESF a falta de apoio dos familiares dos pacientes com risco de suicídio, tanto no cuidado e acompanhamento deste paciente quanto em relação a aceitação da doença e da presença da equipe, como por exemplo:

“(...) uma das dificuldades que enfrentamos é a falta de apoio da família em relação ao cuidado deste paciente, ou até mesmo em aceitar a presença da equipe (...)”.

“(...) pouco envolvimento dos familiares no acompanhamento e melhora do paciente (...)”.

“(...) outra dificuldade enfrentada é fazer com que os familiares entendam que este paciente está doente e precisa de ajuda (...)”.

“(...) uma grande dificuldade nossa é fazer com que o paciente e a família entendam que a doença mental também é uma doença e que precisa de ajuda especializada para poder melhorar (...)”.

Com o modelo de desinstitucionalização da pessoa com doença mental, a família passa a assumir um relevante papel na assistência e no cuidado do paciente. Contudo, nota-se que a família vem enfrentando grandes dificuldades em assumir este

papel, devido ao desconhecimento das doenças e do modo de cuidado que deve ser prestado (MACHADO; SANTOS, 2015).

Para a família ter condições de cuidar do paciente psiquiátrico se faz necessário que as equipes de saúde promovam orientação e apoio terapêutico, proporcionando à família acesso a subsídios para acompanhar o tratamento deste paciente, bem como possa conhecer sua evolução (OLIVEIRA; MIRANDA, 2000).

Rosa (2011) entende que muitas vezes a família se sente com medo de enfrentar o tratamento a este paciente, visto a agressividade que ele pode apresentar, os risco que ele apresenta contra si, a oposição ao tratamento, proporcionando insegurança aos familiares, situação que na maioria das vezes faz com que os familiares acabem por abrir mão do tratamento, cuidado e acompanhamento destes pacientes.

A família do paciente com doença mental e transtorno suicida se faz de extrema importância no cuidado, a falta de entendimento dos familiares acerca da situação que o paciente está vivendo e a sua doença mental dificultam na ajuda que deve ser oferecida ao paciente. Cabe aos profissionais realizar o aconselhamento desta família, explicar sobre a doença mental e seus riscos, e a orientar acerca do cuidado necessário.

Ainda podemos observar que a equipe de ESF apresenta dificuldade em sair da Unidade e se deslocar continuamente a visitas domiciliares aos pacientes com risco de suicídio, como percebemos nestas falas:

“(...) a sobrecarga de trabalho dificulta que a equipe possa sair da UBS e acompanhar mais de perto os pacientes (...)”.

“(...) as maiores dificuldades são o deslocamento continuo da equipe até este paciente (...)”.

“(...) temos como dificuldade o deslocamento da equipe quanto a distância e ao tempo dos profissionais (...)”.

Kebian e Alcioli (2014) destacam que entre os enfermeiros, uma das grandes dificuldades em realizar visita domiciliar se encontra na sobrecarga de tarefas dentro da UBS, situação que consome boa parte do tempo e que em muitas situações poderiam ser resolvidas por outros profissionais que atuam no serviço.

A dificuldade de deslocamento pela distância entre a UBS e o domicílio, juntamente com o tempo dispensado e necessário para a visita domiciliar, também

infiere ao que diz respeito ao profissional não estar presente na unidade, situação desfavorável a gestão, pois o tempo dispensado a uma visita domiciliar possibilitaria vários outros atendimentos na UBS (LANCMAN et al., 2009).

As equipes enfrentam também como dificuldade o deslocamento que deve ser contínuo aos pacientes em risco, em virtude da sobrecarga de trabalho na unidade, aos custos com deslocamento devido a distância de alguns moradores da unidade, e ausência do profissional estar presente na unidade, atendendo situações graves que possam ocorrer.

4.3 Avaliação da equipe de ESF acerca do cuidado realizado aos pacientes com risco de suicídio.

Nesta seção será apresentado como a equipe avalia o cuidado que vem sendo desenvolvido aos pacientes com risco de suicídio em suas áreas de abrangência. Os entrevistados demonstram satisfação com o trabalho que vem desempenhando na saúde mental, mais especificamente com pacientes com risco de suicídio. Acreditam que o trabalho está sendo eficaz e as ações direcionadas tem diminuído os casos de suicídio:

“(...) de uma maneira geral a equipe tenta acompanhar mais de perto estes pacientes, e este acompanhamento mais de perto de toda a equipe tem se mostrado eficaz na diminuição dos casos (...)”.

“(...) o trabalho tem se mostrado positivo, as orientações dadas, o acompanhamento, as visitas domiciliares realizadas com mais frequência (...) estão sendo eficazes a estes pacientes (...)”.

“(...) após o início deste tipo de atendimento com mais visitas domiciliares e um acompanhamento mais intenso pela equipe multiprofissional observou se a redução do número de suicídios no município (...)”.

“(...) acredito que de uma forma geral estamos realizando ações em equipe, que estão diminuindo gradativamente os casos de suicídio (...)”.

A equipe avalia que o trabalho desenvolvido vem se mostrando positivo, e o engajamento de todos os profissionais da ESF tem possibilitado diminuição da ocorrência de suicídios.

A ESF é uma das propostas do SUS para responder às demandas de cuidado

das pessoas na Atenção Básica; é porta de entrada para o cuidado, portanto, é necessário que a ESF responda às necessidades das pessoas com transtornos mentais, realizando um trabalho preventivo, incluindo o atendimento as situações de comportamento suicida, principalmente em risco.

Está evidenciado que as equipes estão buscando maior proximidade e acompanhamento aos pacientes da saúde mental, ação que se faz necessária evidenciada pelos altos índices de suicídio na região. É notável que os profissionais estão percebendo a diminuição dos casos de suicídio após a realização deste trabalho mais próximo da ESF.

As equipes entrevistadas também relatam que se sentem satisfeitos, e o trabalho é tido como gratificante quando percebem a melhora dos pacientes da saúde mental, e principalmente de conseguir evitar suicídios diante das dificuldades enfrentadas na Atenção Básica, como podemos perceber nestes depoimentos:

“(...) avalio como um trabalho satisfatório, procuramos fazer o melhor pelo paciente e oferecemos todo tipo de ajuda possíveis, acredito que este tipo de atenção está dando resultados positivos aos pacientes que apresentam ideação suicida (...)”.

“(...) o trabalho é intenso, muitas vezes prolongado, os resultados são lentos, mas a satisfação de ver um paciente e sua família que estavam passando por um sofrimento psíquico e hoje estão, bem, melhoraram, recompensa todo o esforço. O trabalho com certeza vale a pena (...)”.

“(...) o trabalho tem se mostrado efetivo, mesmo com as dificuldades de lidar com uma doença mental e as condições muitas vezes desfavoráveis estamos conseguindo salvar vidas, isso é gratificante (...)”.

“(...) é gratificante acompanhar a melhora do paciente e perceber que conseguimos evitar mais um suicídio (...)”.

É fato que ao longo dos últimos anos a ESF tem colaborado de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país, pois esta forma de trabalho possibilita um melhor conhecimento dos pacientes e de suas demandas, favorecendo um acompanhamento mais próximo, alterando o perfil de morbimortalidade da população, além da redução de internações desnecessárias (BRASIL, 2011).

Para Elias et al. (2006) o resultado positivo da avaliação do trabalho realizado na Atenção Básica é esperado, já que a ESF tem na sua criação o estabelecimento

de vínculo entre a família e os profissionais da unidade, possibilitando que esta trabalhe de forma mais próxima aos seus pacientes e mantenha um acompanhamento mais frequente dos casos.

De acordo com as entrevistas avalia-se que os profissionais se apresentam satisfeitos com o trabalho que vem sendo realizado por eles; e os resultados, que são lentos, mas vem se mostrando efetivos e positivos na diminuição de casos de suicídio no município.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste trabalho pudemos perceber que as ações realizadas na Atenção Básica em equipe de ESF favorecem o acompanhamento mais próximo dos ACS, as visitas domiciliares de enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, médico, representando um maior envolvimento do caso e aproximação, permitindo que pacientes em risco de suicídio sejam acompanhados precocemente, evitando assim, um possível dano à vida.

A visita domiciliar do enfermeiro e dos demais profissionais, formando um cuidado multiprofissional, faz parte das atribuições de enfermagem e das equipes de ESF, oferecendo ao indivíduo com ideação suicida um cuidado mais qualificado e especializado.

De acordo com as falas dos entrevistados percebe-se a visita domiciliar da equipe de ESF de muita importância na prevenção de casos de suicídio, o enfermeiro como líder desta equipe se destaca como principal coordenador junto com os outros membros na organização das visitas e no acompanhamento periódico dos pacientes que estão em risco.

A internação psiquiátrica ainda é uma ação com vários significados. Faz-se necessária aos pacientes que apresentam risco eminente de vida à medida que os profissionais estão avaliando a real necessidade destes pacientes e prestam esta ajuda e atendimento, evitando um dano maior e uma omissão de socorro a vida.

Os grupos de saúde mental que ocorrem no município proporcionam ao paciente uma maior criação de vínculo com a equipe, e aos profissionais um maior entendimento sobre seu paciente, além de proporcionar um tratamento não medicamentoso muito importante na melhora e na sua integração e reinserção a sociedade.

Há uma grande dificuldade de o paciente admitir que está doente e está necessitando de um tratamento e acompanhamento. É evidenciado nas falas dos profissionais, que o tabu do “louco” ainda está muito citado em nossa sociedade, e faz com que os pacientes com doença mental se tornem resistentes ao tratamento para não serem caracterizados como tal.

Assim, a família do paciente com doença mental e transtorno suicida se faz de extrema importância no cuidado. A falta de entendimento dos familiares acerca da situação que o paciente está vivendo e a sua doença mental dificultam na ajuda que deve ser oferecida ao paciente. Cabe aos profissionais realizar o aconselhamento desta família, explicar sobre a doença mental e seus riscos e orientar o cuidado necessário.

As equipes de ESF enfrentam como dificuldade de aproximação o deslocamento que deve ser contínuo aos pacientes em risco. Em virtude da sobrecarga de trabalho na unidade, aos custos com deslocamento devido a distância, e ausência do profissional estar presente na unidade, atendendo situações graves que possam ocorrer.

Mesmo assim está evidenciado que as equipes estão buscando maior proximidade e acompanhamento aos pacientes da saúde mental, ação que se faz necessária evidenciada pelos altos índices de suicídio na região. É notável que os profissionais estão percebendo a diminuição dos casos de suicídio após a realização deste trabalho mais próximo da ESF.

A partir das entrevistas, avalia-se que os profissionais se apresentam satisfeitos com o trabalho que vem sendo realizado por eles; e aos resultados, que são lentos, mas que vem se mostrando efetivos e positivos na diminuição de casos de suicídio no município.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.P. et al. Comportamento suicida: Fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

BASTOS, R.L. Suicídios, Psicologia e Vínculos: Uma Leitura Psicossocial. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 67-92, 2009.

BERTOLETE, J.M.; MELLO, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, Supl. II, p. s87-s95, 2010.

BOTEGA, N.J. **Crise Suicida**: Avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N.J. Prevenção do suicídio. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia da USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BOTEGA, N.J. et al. Comportamento suicida na comunidade: Fatores associados a ideação suicida. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 2-5, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir**. Brasília: 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde; Universidade Estadual de Campinas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466/2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de junho de 2013, nº 12, Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: manual instrutivo. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**: 1990-2002. 3. ed. Brasília, DF, 2002.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

CHEMIN, B.F. **Manual da Univates para trabalhos Acadêmicos**: Planejamento, elaboração e apresentação. 3. ed. Lajeado: Univates, 2015.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS). **Óbito por causas externas**. Grande Grupo CID10: X60- X 84. Lesões autoprovocadas voluntariamente. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>>. Acesso em 4 abr. 2018.

DAVIS, J.M.; CHEN, N.; GLICK, I.D. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. **Archives of General Psychiatry**, v. 60, n. 6, p. 553-564, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12796218>>. Acesso em> 15 abr. 2018.

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, set. 2006.

ESCORELI, S.; GIOVANELLAI, L.; MENDONÇA, M.H.M.M. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt/>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

FURLAN, P.G.; CAMPOS, G.W.S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: CUNHA, G.T., organizador. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 106-116.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOLDIM, J.R. Breve histórico da eutanásia. Porto Alegre: Núcleo Interinstitucional de Bioética, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Características Gerais da População. Resultados da Amostra.

IBGE, 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2000/default_populacao.shtm>. Acesso em: 6 out. 2017.

KEBIAN, L.V.A.; ALCIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161-169, 2014.

KOHLRAUSCH, E.; LIMA, M.A.D.S.; ABREU, K.P. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 7, n. 4, p. 468-475, 2008.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G.; CASTRO, E.D. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na Saúde**. 2. ed. Rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p. 39

MACHADO, D.B.; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MARCOLAN, J.F. Emergências Psiquiátricas. In: MARCOLAN, J.F; CASTRO, R.C.B.R., (Org.). **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. São Paulo: Elsevier, 2013. p.167-84.

MENDONÇA, T.C.P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 25, n. 4, p. 626-635, 2005.

MINAYO, M.C.S. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2010.

OLIVEIRA, R.T.Q.; IGNACIO, C.F.; NETO, A.H.A.M. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n 12, p 3915-3932, 2017.

OLSCHOWSKY, A.; MIELKE, F.B.; KOHLRAUSCH, E. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 761-765, 2015.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Prevenção do suicídio e promoção da vida**: Orientações para Profissionais da Rede Local. Porto Alegre: CEVS, 2011.

ROSA, L.C.S. Transtorno mental e o cuidado na família. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, V.F. et al. Fatores associados a ideação suicida na comunidade: Um estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. Esp., p. 25-30, 2000.

VABO, A.S.R. et al. Comportamento suicida: Um olhar para além do modelo biomédico. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 66-83, 2016.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.C.D.M.; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2012.

WAIMAN, M.A.P. et al. Relatos de experiência estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. supl., p. 97-103, 2009.

WEIRICH, C.F.; TAVARES, J.B.; SILVA, K.S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 172-180, 2004.

WIENER, D.J.; OXFORD, L.K. Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice. Washington/DC: American Psychological Association, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide:** How to start a survivors' group. Geneva: World Health Organization, 2008.

APÊNDICE A - MODELO DE QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

1. Quais são as ações que a equipe realiza para pacientes com risco de suicídio?
2. Quais são as dificuldades da equipe no cuidado de pacientes com risco de suicídio?
3. Como a equipe lida com pacientes com comportamento suicida?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa “Cuidado realizado por equipes de ESF a pacientes com risco de suicídio” tem como objetivo caracterizar o cuidado realizado por duas equipes de ESF a pacientes com risco de suicídio em um município localizado no interior do RS. A unidade está localizada no município de Anta Gorda, cidade do interior do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados será realizada por meio de perguntas norteadoras, mediante realização de entrevista que será transcrita pelo entrevistador. Serão explicados os objetivos da pesquisa, bem como o sigilo nominal.

A pesquisa oferece riscos mínimos, somente o possível desconforto do tempo dispensado para responder as questões. O entrevistado terá a liberdade de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Univates.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação na pesquisa, pois fui informado de forma clara e fui igualmente informado:

- De garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de não participar da pesquisa, sem que isso traga prejuízo;
- Da garantia de que não serei identificado quanto à divulgação dos resultados e que estas informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa;
- Do compromisso do pesquisador de proporcionar-me informações atualizadas que foram obtidas durante a pesquisa;
- Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e da pesquisadora;
- Caso o participante da pesquisa desejar, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com a pesquisadora responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas

perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNIVATES (COEP/Univates), que atende na sala 309 do Prédio 1 do campus Lajeado, localizado na avenida Avelino Tallini, 171, bairro Universitário, CEP 95.900-000, Lajeado – RS – Brasil. Fone (51) 3714-7000, ramal 5339. Endereço eletrônico: coep@univates.br. O pesquisador responsável pela pesquisa é Eliane Lavall, cujo telefone é (51) 8621-6150, para qualquer dúvida que possa ainda precisar de esclarecimento.

.....
Assinatura Pesquisador

.....
Assinatura Participante